Borrar

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD - Real Decreto 1851/2009, de 4 de diciembre

*(Modelo a cumplimentar por el órgano de valoración cuando **disponga** de antecedentes)*

A los efectos de lo dispuesto en el Real Decreto 1851/2009, de 4 de diciembre (BOE del día 22), por el que se desarrolla el artículo 206.2 de la Ley General de la Seguridad Social en cuanto a la anticipación de la jubilación de los trabajadores con discapacidad en grado igual o superior al 45 por ciento,

EL EQUIPO DE VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN DE

CERTIFICA que, según consta en sus antecedentes, a D/Dª .....
con DNI/NIE ..... se le valoró un grado de discapacidad total igual a ..... % teniendo en cuenta la suma de los porcentajes de discapacidad alcanzados en las patologías señaladas. En el porcentaje indicado se incluyó la puntuación de ..... puntos por factores sociales complementarios otorgados en base a las circunstancias personales y sociales.

Márquese con X las dolencias padecidas, indicando para cada uno de ellas el % de discapacidad de la afección y su fecha de diagnóstico:

☐ Discapacidad intelectual ..... % Fecha .....

☐ Parálisis cerebral. ..... % Fecha .....

Anomalías genéticas:

☐ Síndrome de Down. ..... % Fecha .....

☐ Síndrome de Prader Willi. ..... % Fecha .....

☐ Síndrome X frágil. ..... % Fecha .....

☐ Osteogénesis imperfecta. ..... % Fecha .....

☐ Acondroplasia. ..... % Fecha .....

☐ Fibrosis Quística. ..... % Fecha .....

☐ Enfermedad de Wilson. ..... % Fecha .....

☐ Trastornos del espectro autista. ..... % Fecha .....

☐ Anomalías congénitas secundarias a Talidomida. ..... % Fecha .....

☐ Síndrome Postpolio / Secuelas de poliomielitis. ..... % Fecha .....

Daño cerebral (adquirido):

☐ Traumatismo craneoencefálico. ..... % Fecha .....

☐ Secuelas de tumores del SNC, infecciones o intoxicaciones. ..... % Fecha .....

Enfermedad mental:

☐ Esquizofrenia. ..... % Fecha .....

☐ Trastorno bipolar. ..... % Fecha .....

Enfermedad neurológica:

☐ Esclerosis Lateral Amiotrófica. ..... % Fecha .....

☐ Esclerosis múltiple. ..... % Fecha .....

☐ Leucodistrofias. ..... % Fecha .....

☐ Síndrome de Tourette. ..... % Fecha .....

☐ Lesión medular traumática. ..... % Fecha .....

☐ **La discapacidad tiene su origen en patología distinta de las anteriores.**

..... a ..... de ..... de 20 .....

A los efectos indicados D/Dª .....
con DNI/NIE ..... AUTORIZA, con garantía de confidencialidad, a que el Instituto Nacional de la Seguridad Social solicite del órgano competente la cumplimentación del presente certificado.

Firma del interesado

20190918

6-080 cas